

THÈSE

POUR LE

576

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

REIFMAN Sara

Née le 20 Août 1907, à Sagani (Roumanie)

Signe de Vincent (d'Alger)

Etude Séméiologique

Président : M. P. CARNOT, Professeur

L'ENTENTE LINOTYPISTE

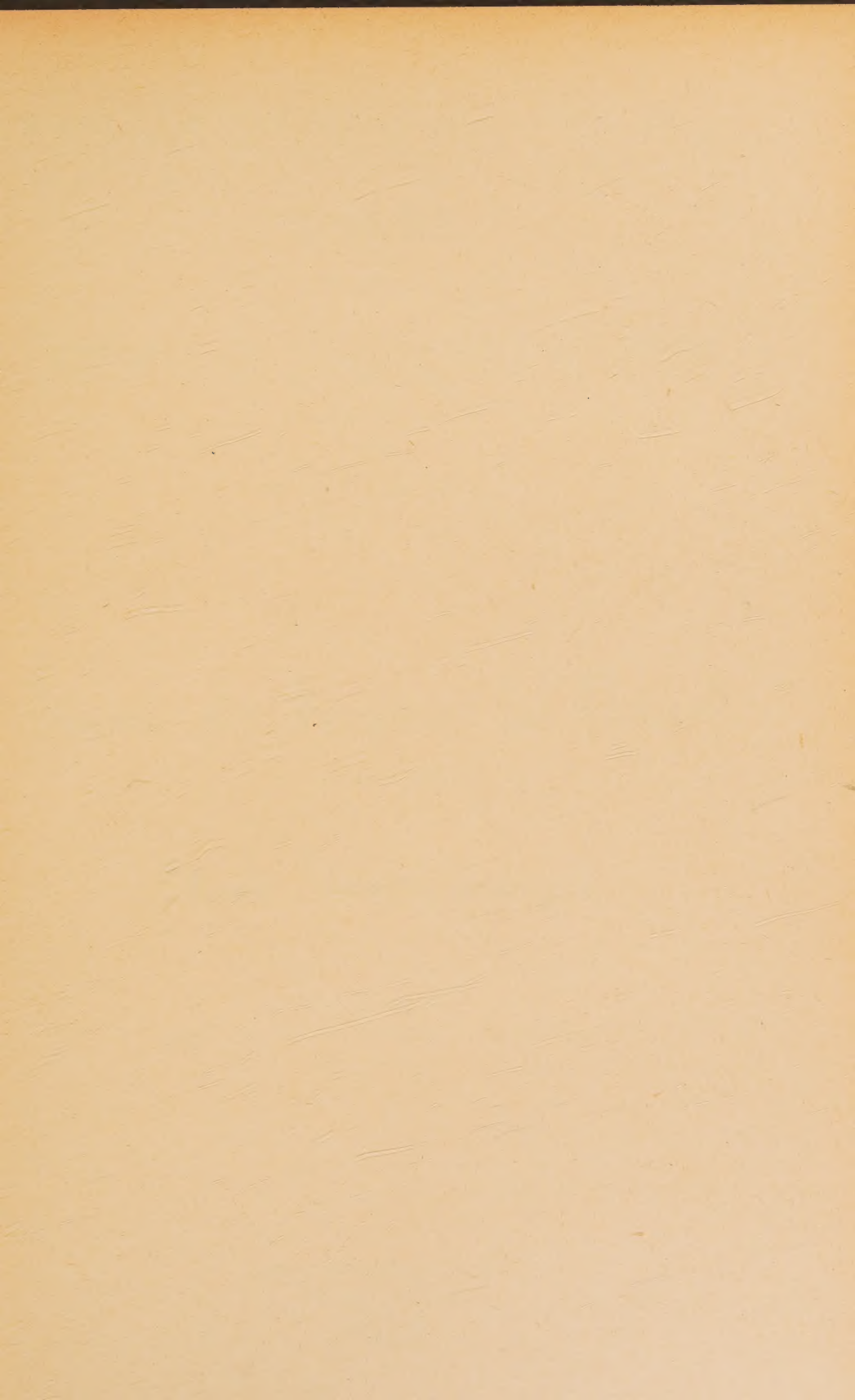
56, Rue Jacob, 56

PARIS

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026



THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

REIFMAN Sara

Née le 20 Août 1907, à Sagani (Roumanie)

Signe de Vincent (d'Alger)

Etude Séméiologique

Président : M. P. CARNOT, Professeur

L'ENTENTE LINOTYPISTE

56, Rue Jacob, 56

PARIS

1939



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	CHEVASSU.
Clinique urologique.....	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOUL	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RICHEL	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

MM.

ECALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

*Trop faible témoignage de toute
notre gratitude et de notre profonde
affection.*

A Monsieur le Professeur CARNOT,
Professeur de Clinique Médicale,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse, hommage de notre pro-
fond respect et de notre vive grati-
tude.*

A Monsieur le Docteur LEBOURG,
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris,

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance et de notre
gratitude.*

INTRODUCTION.

Depuis que le professeur Vincent (d'Alger) l'a décrit en 1896, le signe de Vincent n'a fourni, à notre connaissance, prétexte à aucune étude d'ensemble.

Nous croyons intéressant, vu sa fréquence dans certaines affections de la mandibule et la facilité de sa recherche, d'en faire le sujet du présent travail.

Ce signe se caractérise par l'anesthésie complète d'une zone ovale de 6 à 8 millimètres de grand diamètre, siégeant sur la lèvre inférieure, à cheval sur l'ourlet cutané muqueux, environ à 1 centimètre du milieu de la lèvre et à un demi centimètre de la commissure labiale.

On le recherche au moyen d'une sonde, ou d'une épingle avec laquelle on pique successivement la lèvre inférieure des deux côtés et on demande au malade s'il éprouve la même sensation des deux côtés.

Le signe de Vincent est indispensable à connaître, car il est extrêmement précoce. Il apparaît dès la première phase congestive des accidents inflammatoires diffus et nécrotiques de la mâchoire inférieure, alors que, cliniquement, souvent peu d'autres signes locaux sont explicites.

Dans certaines circonstances que nous précisons, son existence indique une souffrance du nerf par un processus tumoral.

Le signe de Vincent doit donc être systématiquement recherché dans un grand nombre d'affections, notamment :

- dans les ostéites du maxillaire inférieur;
 - dans les fractures;
 - dans les néoplasmes intra-osseux ou propagés;
 - dans certaines affections du système nerveux.
- (Tabès céphalique, tumeurs cérébrales et cérébello-méningées.)

HISTORIQUE.

En 1896, le professeur Vincent (d'Alger), publia un article intitulé : « Sur un signe précoce de certaines ostéites du maxillaire inférieur, se terminant par la nécrose. » Nous reproduisons les principaux passages de cet article parce qu'il est peu connu.

« Un signe dont on pourrait, à priori, admettre l'existence dans certaines lésions inflammatoires et destructives du maxillaire inférieur, c'est la perte des attributs fonctionnels du nerf dentaire inférieur qui suit, sur une assez grande longueur, un trajet intra-osseux et se trouve exposé à subir les altérations des parois inextensibles qui l'entourent.

« Or, le maxillaire inférieur est un des os qui sont le plus sujets à l'ostéite suppurée et à la nécrose, et pour ne parler que d'une cause dont j'aurai plus particulièrement à m'occuper, l'éruption de la dent de sagesse s'y opère fréquemment avec difficulté et s'accompagne d'accidents infectieux qui aboutissent à l'inflammation et à la mortification d'une étendue plus ou moins grande de l'os.

« Pour peu que ces lésions destructives du maxillaire, au lieu d'être limitées à la surface, se propagent aux parties profondes, le nerf dentaire inférieur participera à ces troubles et sera lui-même détruit; il surviendra, dès lors, une perte de la sensibilité de tout le territoire sur lequel il se distribue et en particulier des surfaces tégumentaires innervées par l'épanouissement du nerf mentonnier.

« La rapidité avec laquelle évoluent souvent ces

lésions, amènera, dès le début, la formation de cette plaque anesthésique, facile à constater, et l'existence de ce signe précoce servira à établir le diagnostic de la région osseuse.

« Il semble, tant ces conséquences de l'inflammation aiguë du maxillaire inférieur sont naturelles, que cet exposé soit tout à fait banal et ne fasse que reproduire la description d'un symptôme absolument classique; il n'en est rien cependant, et nulle part, je n'ai trouvé la mention de ce signe qui est trop facile à constater pour qu'il ait pu échapper complètement à l'observation; il n'est donc pas aisé de s'expliquer, comment les auteurs classiques l'ont complètement passé sous silence dans leur exposé symptomatique de l'ostéite aiguë du maxillaire inférieur.

« J'ai rencontré deux faits de ce genre et je ne puis admettre qu'ils sont tout à fait exceptionnels. Je n'ai que trois observations personnelles d'ostéite aiguë du maxillaire inférieur suivie de nécrose et consécutive à l'éruption difficile de la dent de sagesse et dans deux de ces cas, le nerf dentaire a été détruit et a traduit son altération par l'anesthésie de ses branches terminales.

« Il y a lieu de supposer que ce symptôme existe assez souvent, qu'il n'a pas été mentionné par défaut d'observation; qu'on le constatera davantage lorsque l'attention aura été appelée sur lui et qu'on le recherchera spécialement.

« Du reste, ce symptôme n'est pas tout à fait une nouveauté et, s'il n'a pas été signalé dans l'ostéite, on a indiqué son existence dans les fractures et les sarcomes du maxillaire inférieur.

« L'anesthésie des régions innervées par le dentaire existe sans doute dans la plupart des lésions qui amènent la destruction ou la nécrose de certaines parties du corps de la mâchoire inférieure. Le nerf dentaire peut être détruit dans les altérations cen-

trales de l'os, et même dans quelques lésions superficielles correspondant au point où le tronc est en contact avec la lame de tissu compact qui constitue la face interne du maxillaire.

« Nous n'avons pas de faits à présenter à l'appui d'une affirmation ainsi généralisée; toutefois, cette opinion paraît rationnelle dans les ostéites accompagnées de suppuration et de nécrose du corps de l'os, que ces lésions inflammatoires et nécrotiques soient le résultat d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, d'une infection produite pendant la croissance, d'un empoisonnement par une substance comme le phosphore ou de la propagation d'une altération septique, ulcéreuse ou gangréneuse provenant de la muqueuse buccale.

« Notre observation se borne à deux cas d'infection osseuse, déterminée par l'éruption difficile d'une dent de sagesse; mais il ne semble pas douteux que le même phénomène puisse se reproduire dans les divers états que nous venons d'énumérer.

« On peut établir les mêmes prévisions en ce qui concerne non seulement les néoplasmes malins, où ce phénomène a du reste été noté dans le sarcome central du maxillaire, mais aussi pour les tumeurs à marche lente comme les kystes multiloculaires qui sont beaucoup plus fréquents à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure; il y aurait même lieu de le rechercher dans les kystes dentifères et dans certains odontomes odontoplastiques qui tendent à refouler les deux lames de l'os.

« Mais, il ne nous appartient pas de généraliser l'étude de ce symptôme, dont l'existence n'est que probable dans ces diverses affections; nous devons nous borner à le décrire dans la seule maladie où nous avons eu l'occasion de l'observer, dans l'ostéite compliquée de nécrose consécutive à l'évolution anormale d'une dent de sagesse.

« Or, pendant l'évolution de cette dent, il survient fréquemment des accidents septiques qui ne restent pas bornés à l'appareil dentaire et se propagent à l'os maxillaire.

« Ces altérations osseuses peuvent être limitées, et ne déterminer que de la périodontite; d'autres fois, elles sont constituées par les modifications que subit l'os maxillaire lui-même.

« Il survient de l'ostéite suppurée occasionnant elle-même une nécrose d'étendue variable.

« Cette ostéite et cette nécrose sont parfois localisées au voisinage du ligament alvéolo-dentaire et n'entraînent la mortification que d'une simple parcelle osseuse; ces lésions restent superficielles et n'ont pas d'action sur le nerf dentaire inférieur; même dans les cas où la mortification s'étend à une certaine longueur du bord alvéolaire, le nerf peut encore rester indemne. Il n'en est plus de même lorsque le processus inflammatoire et nécrotique envahit une portion du corps de la mâchoire; le nerf dentaire inférieur est alors compris dans la zone de destruction et ses fonctions sont immédiatement abolies.

« La constatation de l'anesthésie de la zone d'innervation du dentaire inférieur est un signe important au milieu des troubles consécutifs à l'éruption anormale d'une dent de sagesse; l'existence de ce signe permet d'établir la réalité des lésions osseuses et de préciser la profondeur des désordres subis par le maxillaire.

« Le tableau symptomatique de ces lésions n'est pas, en effet, si bien caractérisé qu'on puisse dès le début en reconnaître exactement l'étendue, et la présence d'un signe ayant l'importance de celui que je signale n'est pas à dédaigner.

« Au début des accidents qui compliquent l'éruption d'une dent de sagesse, il n'est pas toujours facile

d'établir la part de ce qui revient aux parties molles et aux parties dures, et l'on éprouve souvent une certaine hésitation à localiser uniquement dans les gencives ou sur les muqueuses des joues, des piliers et des amygdales, les phénomènes inflammatoires qui peuvent en même temps atteindre le tissu osseux.

« La constatation du signe dont j'ai parlé apporte une lumière complète dans l'obscurité des premiers accidents, et permet d'affirmer que le maxillaire est frappé d'ostéite et que la nécrose est menaçante; il ne peut plus rester d'hésitation sur la nature des lésions et en même temps sur leur profondeur.

« C'est qu'en effet l'anesthésie du dentaire n'existe pas dans tous les cas d'altération du maxillaire inférieur; l'ostéite peut atteindre certaines parties de cet os et aboutir à leur nécrose sans que le cordon nerveux soit lui-même altéré. J'ai déjà dit que la nécrose se limitait parfois au seul bord alvéolaire, que ces lésions étaient éloignées du nerf et que celui-ci restait indemne; donc si la plaque anesthésique est un indice certain de la participation de l'os aux phénomènes pathologiques, son absence montre aussi que, si l'os est atteint, il ne l'est que superficiellement et que la nécrose a épargné le centre du corps maxillaire.

« La conservation des fonctions de ce nerf m'a précisément permis de diagnostiquer des lésions limitées du maxillaire dans un cas où la vivacité des phénomènes du début pouvait faire craindre une nécrose plus étendue, et l'événement a confirmé cette appréciation. »

D'autre part, un élève du professeur Vincent, Constantin Alguier, indique dans sa thèse sur les « Nécroses du maxillaire inférieur » (1900), « l'existence de ce signe caractérisé par l'anesthésie du territoire innervé par le nerf mentonnier; c'est-à-dire : les faces antérieure et postérieure de la lèvre inférieure sur

une zone étendue entre la ligne médiane et la commissure labiale du côté atteint, ainsi que la surface gingivale correspondante. »

Il a observé ce signe dans toutes les nécroses du maxillaire, atteignant le canal dentaire et produisant la destruction du nerf dentaire inférieur que ce canal abrite, quelque soit l'étiologie de ces nécroses.

« Le signe de Vincent, quand il sera constaté, indiquera la nécessité d'une intervention rapide et dirigera l'attention surtout du côté de la face interne de la branche montante et du corps de l'os dans sa partie postérieure. »

Signalons encore que M. Gornouec, dans un rapport présenté au 5^e Congrès international de stomatologie (1927) sur « L'ostéomyélite aiguë », mentionne la valeur exceptionnelle du signe de Vincent comme signe de probabilité dans l'ostéomyélite aiguë.

« L'apparition du signe de Vincent indique à coup sûr une compression ou une destruction du nerf dentaire inférieur. Inconstant, il accompagne, surtout, les lésions des deux tiers postérieurs de la branche horizontale qui correspond aux molaires. »

Ce court historique montre l'importance du signe que nous nous proposons d'étudier.

Pour comprendre toute la signification de ce signe, nous envisagerons successivement :

- 1° L'anatomie normale.
- 2° L'anatomie pathologique et la physiopathologie.
- 3° La clinique.
- 4° L'évolution de la lésion du nerf dentaire.
- 5° Le traitement.

ANATOMIE NORMALE.

Dans ce qui va suivre, nous ne croyons pas devoir nous attarder sur la description détaillée du maxillaire inférieur. Nous le ferons dans la mesure où les rapports entre le nerf dentaire inférieur et le canal qui l'abrite peuvent expliquer le retentissement des lésions du maxillaire sur le nerf.

Le maxillaire inférieur, comme tous les os plats est constitué d'une partie centrale de tissu spongieux à mailles plus ou moins larges, cette masse centrale étant entourée d'une couche de tissu compact.

Chez l'adulte, la lame de tissu compact s'épaissit au fur et à mesure que l'on se rapproche de la région molaire. Epaisse de 1,5 millimètre dans la région incisivo-canine, elle varie entre 3 et 5 millimètres au niveau des molaires.

On trouve le maximum d'épaisseur de tissu compact au niveau de la dent de sagesse, dans la partie haute et externe de la branche horizontale (extrémité postérieure de la ligne oblique externe).

La structure de la branche montante ne diffère en rien de celle de la branche horizontale, sauf dans la partie située en arrière de l'épine de Spix où l'on observe la disparition du tissu spongieux.

A l'intérieur de cet os, dont nous venons de voir la structure, est creusé le canal dentaire inférieur. Ce canal commence sur la face interne de la branche montante et se dirige en bas et en avant, en décrivant une courbe concave en avant et en haut.

Le canal dentaire inférieur n'est pas toujours très

apparent; tantôt c'est un conduit à parois nettes, tantôt c'est un simple trajet à travers les mailles du tissu spongieux. Suivant M. Olivier, dans l'étude qu'il fait du canal dentaire inférieur, il résulte que, dans 60 pour 100 des cas, le canal dentaire inférieur est nettement individualisé dans le tissu spongieux, à la manière d'un tunnel à parois épaisses. Dans 40 p. 100 des cas, ce canal est beaucoup moins apparent et les éléments du paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur « semblent simplement se creuser un passage dans le maxillaire inférieur sans cheminer tous dans un tunnel commun » (Olivier).

Les rapports du nerf dentaire inférieur avec le maxillaire et les dents qui s'y implantent ont besoin d'être précisés. Il ne suffit pas de dire que ce nerf, après s'être placé entre la branche montante du maxillaire inférieur et le muscle pterygoïdien interne, pénètre dans le canal dentaire, le parcourt dans toute son étendue et sort par le trou mentonnier, pour se partager au-dessous du carré du menton en un grand nombre de branches terminales; il faut encore étudier sa place exacte dans l'épaisseur de l'os et les contacts plus ou moins intimes qu'il prend avec les racines dentaires.

On peut facilement se rendre compte du trajet du nerf dentaire en étudiant une série de coupes transversales, faites d'arrière en avant, sur le maxillaire inférieur et spécialement préparées pour cela par un séjour dans de l'eau additionnée d'acide azotique. On constate que le nerf est, au moment de sa pénétration dans le canal osseux, d'abord en contact immédiat avec la lame interne de l'os. (Ch. Ruppe.)

Il conserve cette position jusqu'au niveau de la troisième grosse molaire; à partir de là, il tend à se rapprocher du milieu du tissu spongieux situé entre les deux lames compactes; mais ce n'est qu'au niveau de la première grosse molaire qu'il se trouve

exactement sur la ligne médiane de l'épaisseur de l'os; il en résulte que ce nerf a un trajet oblique de dedans en dehors et qu'il se trouvera d'autant plus exposé à subir le contre-coup des altérations limitées à la face interne du maxillaire que celles-ci siègeront plus en arrière.

On voit ainsi que le nerf dentaire est superficiel, contigu à la lame compacte interne dans la première partie du canal; puis qu'il s'enfonce progressivement dans le tissu spongieux à partir de la dent de sagesse jusqu'au dessus de la première grosse molaire où il occupe le centre.

Il importe également de chercher les rapports, que les dents elles-mêmes, présentent avec le nerf dentaire inférieur.

On note le rapport intime que ce nerf offre avec la dent de sagesse; on peut voir qu'il est presque au contact des extrémités des racines de cette dent; il en est seulement séparé par la paroi très mince de l'alvéole et par le périoste alvéolo-dentaire; parfois même il passe à travers les racines de la dent de sagesse.

A mesure que le nerf dentaire se porte en avant et qu'il s'enfonce davantage dans l'épaisseur du tissu spongieux de l'os, le cordon nerveux s'éloigne de plus en plus des racines dentaires.

Au niveau de la deuxième grosse molaire, il en est éloigné de 5 millimètres.

L'écartement est plus considérable encore, au-dessous de la première grosse molaire : 6 millimètres; puis, le nerf se redresse en décrivant une courbe à concavité supérieure et arrive au-dessous de la deuxième prémolaire.

Il passe entre les racines des deux prémolaires en contournant la racine de 5 pour sortir par le trou mentonnier. Il s'épanouit ensuite dans la lèvre sous le nom de nerf mentonnier.

Cet aperçu anatomique fait comprendre que ce sont surtout les lésions inflammatoires et nécrotiques, développées sur la moitié postérieure de la face interne du maxillaire, et aussi celles qui proviennent des deux dernières grosses molaires, plus particulièrement de la dent de sagesse, qui pourront toucher le nerf dentaire inférieur et provoquer son altération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Enfermé sur une grande partie de son trajet dans un couloir osseux inextensible, le nerf maxillaire inférieur participe à toutes les infections et néoplasies qui intéressent l'os.

C'est là un des traits caractéristiques de la pathologie de ce nerf. En dehors des affections osseuses les plus fréquentes, toutes les lésions de voisinage peuvent retentir sur le nerf maxillaire inférieur (comme sur tous les autres nerfs de l'économie), de son origine apparente jusqu'à sa terminaison labiale.

Il sera donc indiqué de rechercher le signe de Vincent (d'Alger) dans toutes les affections siégeant à un niveau quelconque de ce nerf.

Les altérations du maxillaire pour être les plus fréquentes sont aussi les plus intéressantes à étudier.

Par sa situation l'exposant aux traumatismes et à l'infection, par ses rapports avec la muqueuse buccale et le système dentaire, sa structure même et sa vascularisation terminale, la mandibule est l'un des os le plus fréquemment frappé de nécrose.

On conçoit aisément que la mortification globale de tout un département mandibulaire, comme il est habituel de le constater dans l'ostéomyélite, puisse entraîner la souffrance du nerf dentaire qui le traverse.

En fait, dans ce cas, la lésion du nerf n'est pas toujours identique.

La congestion qui accompagne l'inflammation

osseuse, peut entraîner une simple compression du nerf dans le canal dentaire. Le retour de la sensibilité normale de la lèvre, dans les heures qui suivent la trépanation osseuse, atteste bien la réalité de cette pathogénie purement mécanique dans certains cas favorables.

L'inflammation du nerf est certaine dans la majorité des cas. On sait quel rôle a été attribué au canal dentaire dans la propagation de l'infiltration mandibulaire. Il se fait par ce canal une véritable coulée purulente qui ne peut laisser le nerf indifférent.

Mais cette infection qui frappe un nerf déjà lésé par la compression, ne s'arrête pas au simple stade de névrite, elle entraîne la destruction nécrotique du nerf. L'absence des phénomènes névritiques vrais est en effet remarquable dans l'ostéomyélite mandibulaire et l'on ne peut s'empêcher de faire un parallèle entre l'importance de l'infection périnerveuse et la modicité des suites douloureuses éloignées de l'ostéomyélite.

Même dans les formes prolongées des ostéomyélites granulomateuses ou hyperostosantes où la névralgie de la troisième paire du trijumeau domine de beaucoup la scène, il est remarquable d'assister le plus souvent à une réparation fonctionnelle extrêmement rapide après l'opération qui libère le nerf de sa loge altérée. (Obs. de Ch. Ruppe, A. Lattès, etc.) :

La compression, l'inflammation, la nécrose sont les trois modes d'action sur le nerf dentaire inférieur.

Il faut bien entendu y ajouter les traumatismes opératoires. L'excès des séquestres entraîne assez souvent avec elle l'arrachement du nerf sur une portion plus ou moins grande de son étendue intra-osseuse. Il en est évidemment de même au cours de l'extraction d'une dent de sagesse dont les racines entourent le nerf. (Thèse de J. Puig.)

Les lésions traumatiques du nerf dentaire infé-

rieur, si elles sont évidentes au cours de l'esquillectomie et de divers actes opératoires portant sur la mandibule, ne le sont pas moins au cours des traumatismes accidentels. Les fractures du maxillaire inférieur s'accompagnent de section du nerf, de compression ou d'élongation.

Toutes ces lésions se traduisent par un signe de Vincent qui est alors un bon signe de fracture. Dans l'ensemble, elles laissent relativement peu de séquelles douloureuses derrière elles.

Un dernier mode d'altération du nerf dentaire inférieur est à mentionner, c'est l'infiltration tumorale.

Lorsqu'un épithélioma a infiltré la mandibule, soit qu'il ait pris naissance au centre même de l'os, ou qu'il résulte de la propagation d'un cancer de la muqueuse du voisinage, le nerf est plus ou moins rapidement intéressé par la tumeur. Il est alors définitivement détruit.

Les considérations précédentes nous permettent de conclure, que le signe de Vincent peut être réalisé dans des conditions assez différentes et que la proximité de la lésion causale, plus que sa nature même, entraîne une souffrance du nerf dentaire se traduisant cliniquement par des modifications de la sensibilité sur la lèvre inférieure.

Toutes les lésions mandibulaires ne retentissent pas cependant sur le nerf. Si une banale monoarthrite de prémolaire ou de troisième molaire peut donner un signe de Vincent, en revanche toutes les altérations inflammatoires ou tumorales qui habitent l'os sans l'infiltrer laissent le nerf indifférent. C'est ainsi que de volumineux kystes paradentaires ou multiloculaires n'altèrent jamais la sensibilité labiale, tant qu'ils ne sont pas le siège de modifications inflammatoires ou malignes. De la même manière, certaines ostéomyélites superficielles, corticales peuvent laisser le nerf dentaire indemne.

Les conditions mêmes de l'altération nerveuse définie par le Professeur Vincent (d'Alger), nous obligent à élargir la définition du signe décrit par cet auteur.

Il est insuffisant, en effet, de ne comprendre par signe de Vincent que l'anesthésie labiale. Les conditions mêmes de la souffrance du nerf dans son trajet intra-osseux font apparaître cliniquement des manifestations, qui bien que distinctes, doivent être considérées comme étant de même nature.

L'anesthésie complète d'une zone ovale de 6 à 8 millimètres de grand diamètre à mi-distance entre la commissure et la ligne médiane est le signe caractéristique décrit par Vincent.

Cette anesthésie doit être interprétée comme relevant d'une altération périnerveuse superficielle ou profonde du nerf, mais elle n'est nullement la preuve d'une destruction nerveuse.

L'hypoesthésie et l'hyperesthésie sont facilement appréciables par comparaison avec le côté sain. Elles sont plutôt le fait d'une compression du nerf.

Les dysesthésies appartiennent à des lésions situées en amont du trajet intramandibulaire, plus spécialement aux lésions tabétiques qui donnent souvent aussi de l'anesthésie.

Par contre, les troubles trophiques de la zone du nerf mentonnier sont assez fréquents au cours des affections mandibulaires de longue durée. Des plaques d'alopécie de la barbe, des plaques de pigmentations labiales inférieures ont été souvent constatées.

Quant aux altérations aiguës du nerf dentaire inférieur, comme celles qui résultent, par exemple, d'une section physiologique par injection anesthésique à l'épine de Spix, elles entraînent fréquemment une paralysie de l'hémilèvre correspondante, phénomène qui s'explique par les connections des ramifications du mentonnier avec les terminaisons du facial.

CLINIQUE.

Le malade ne vient pour ainsi dire jamais consulter pour une anesthésie de la lèvre, si ce n'est après une anesthésie tronculaire. Rappelons que l'on peut trouver le signe de Vincent chez des malades qui viennent consulter pour :

I. OSTÉITES.

A. — Ostéite diffuse du maxillaire inférieur.

Le malade se présente au début avec des signes généraux marqués, alors que la localisation de l'affection est encore difficile; grosse tuméfaction intéressant la joue, les parties molles qui recouvrent la branche montante, le voile du palais, les amygdales.

Les muqueuses sont rouges et tuméfiées sur une étendue plus ou moins grande; à ces premiers accidents de fluxion succèdent des phénomènes phlegmoneux.

Des abcès se forment et la suppuration apparaît dans le sillon gingival, soit vers l'angle de la mâchoire, derrière la dent de sagesse, soit dans la partie moyenne du bord inférieur du maxillaire inférieur, soit encore en arrière de la branche montante.

L'ensemble de ces symptômes reste obscur et ne permet pas de faire la différence entre les lésions limitées aux parties molles et celles qui atteignent en même temps l'os.

A ce moment, l'existence du signe de Vincent permet de faire le diagnostic de la lésion osseuse et commande une intervention immédiate destinée à assurer des voies de drainage.

Si on n'intervient pas à ce moment, les symptômes de nécrose vont se préciser : formation d'abcès à répétition, présence de fistules, élimination de séquestres.

Mais, ces symptômes sont tardifs; il faut intervenir avant leur apparition pour limiter, par les traitements généraux et locaux appropriés, les accidents inflammatoires et restreindre la surface nécrosée.

OBSERVATION N° 1 (Vincent).

« Eruption difficile d'une dent de sagesse; suppuration du foyer dentaire propagée au maxillaire inférieur. Ostéite étendue superficielle, suivie de nécrose limitée au bord alvéolaire. Intégrité du nerf dentaire inférieur. »

M. X., âgé de 40 ans environ, est atteint dans les derniers jours de novembre d'une douleur et d'une tuméfaction, siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, du côté droit; il se fait examiner par son dentiste, M. Sintès, qui constate une éruption difficile de la dent de sagesse, dont il conseille l'avulsion; en l'enlevant l'opérateur note que du pus s'échappe du foyer inflammatoire. Cette intervention n'amène pas le soulagement auquel le malade s'attendait, les accidents douloureux s'accroissent, le gonflement devient manifeste à l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire; puis, il augmente rapidement, et le 11 décembre, toute la face du côté droit est extrêmement tuméfiée; les lèvres et la joue sont énormes, et les paupières tellement développées qu'on ne peut apercevoir l'œil qu'elles recouvrent. Ce même jour, avec le concours de mon collègue et maître, M. le professeur Bruch, j'opère un large débridement le long du bord inférieur du maxillaire à partir de l'angle. Le pus s'écoule en abondance; le doigt introduit dans la plaie constate un décollement

des deux faces de l'os, étendu jusque vers la partie moyenne de son corps; drainage.

A ce moment, comme plus tard, existe l'intégrité du nerf dentaire inférieur, dont la sensibilité est partout conservée. Quelques jours après, une nouvelle incision est faite en avant de la première pour rendre le drainage plus efficace.

Des injections antiseptiques, pratiquées dès le début, ont été continuées par M. Sintès avec beaucoup de soin et de dévouement pendant deux mois, par les ouvertures extérieures et dans le foyer intra-buccal correspondant à la dent enlevée et à la deuxième grosse molaire qui, branlante, était extirpée à son tour.

En février, s'opérait l'expulsion presque spontanée de deux petits séquestres alvéolaires; la cicatrisation des trajets fistuleux se produisait peu de temps après l'issue des parties mortifiées du maxillaire.

L'intensité des phénomènes inflammatoires du début, l'étendue du décollement, l'abondance de la suppuration, étaient de nature à faire craindre la nécrose de la moitié postérieure du maxillaire. La persistance des fonctions du nerf dentaire laissait au contraire supposer que les lésions osseuses étaient superficielles et susceptibles d'une réparation presque complète; c'est ce que la terminaison de la maladie est venue confirmer.

A côté de ce fait, où le dentaire inférieur n'avait pas été altéré, j'en citerai deux autres où sa paralysie a été des plus nettes et des plus utiles au diagnostic.

OBSERVATION N° 2 (Vincent).

Eruption difficile d'une dent de sagesse. Nécrose du maxillaire inférieur avec destruction du nerf dentaire.

M. X..., âgé d'environ 35 ans, est atteint, dans les

derniers mois de l'année 1888, de douleurs avec gonflement de la partie profonde de la mâchoire inférieure au niveau des dernières molaires droites; il se produit une série de fluxions qui aboutissent à de la suppuration.

Le dentiste, auquel ce malade s'était confié, traita pendant plusieurs mois, ces fluxions dentaires; puis, en présence de la suppuration persistante et de la mobilité de la dent de sagesse, il se décida à en faire l'extirpation.

Environ huit jours après l'ablation de cette dent, le malade portait un matin, le doigt au fond de la bouche, sentait une partie rugueuse mobile et retirait une esquille à odeur infecte. Il se rendit aussitôt chez le dentiste qui lui conseilla de consulter un chirurgien, en raison de la lésion du maxillaire rendue évidente par le morceau d'os enlevé.

Quand je vis le malade en avril 1889, il existait une suppuration abondante de la bouche, des douleurs assez vives et un empâtement marqué, surtout au niveau de l'angle de la mâchoire; de plus, je reconnus l'existence d'une *plaque anesthésique* siégeant sur la lèvre inférieure depuis la commissure jusqu'à la ligne médiane, et du bord libre à plusieurs centimètres au-dessous, occupant aussi bien la muqueuse, que la surface cutanée; la même insensibilité existe sur la muqueuse gingivale du même côté. Cette constatation permet d'établir que le nerf dentaire inférieur a été détruit, et par conséquent que le maxillaire est nécrosé sur une assez grande épaisseur, pour que le canal qui loge ce nerf soit intéressé.

Une première incision est faite au niveau de l'angle du maxillaire, de façon à favoriser l'écoulement du pus; quelques jours plus tard (25 avril), le malade est endormi, et je retire par la cavité buccale, un volumineux séquestre occupant la partie

postérieure de la branche horizontale et une portion de la branche montante du maxillaire.

L'extirpation de ce séquestre, accompagnée de celle des deux grosses molaires, atténue immédiatement les accidents; la douleur disparaît, la suppuration diminue et deux mois après, l'écoulement était complètement tari.

Au moment d'écrire ce travail, en avril 1895, j'examine de nouveau ce malade et je constate la persistance de la zone anesthésiée. M. X. me dit qu'il s'aperçoit bien que toute cette surface est comme morte; ce qui démontre que la lésion du nerf dentaire inférieur a été de nature destructive.

OBSERVATION N° 3 (Vincent).

Eruption difficile d'une dent de sagesse. Nécrose du maxillaire; paralysie du nerf dentaire inférieur. Mort par suite d'érysipèle.

X., 32 ans, n'avait jamais souffert des dents quand le 9 février, étant en train de manger, il ressentit, tout à coup, une vive douleur au fond de la mâchoire inférieure, du côté gauche. La souffrance ayant augmenté depuis ce moment, il se rend chez un dentiste qui lui dit « qu'une dent de sagesse a poussé dans la chair » et lui fait quelques prescriptions. Aucun soulagement n'étant survenu, il va consulter un médecin qui essaye de le calmer avec de la cocaïne, et qui devant l'insuffisance du médicament, le conduit le 16 février, chez le docteur Gorski; ce dernier enlève la dent de sagesse le 18, avec la plus grande facilité et constate qu'elle baigne dans le pus. Ce jour là, le malade souffrait beaucoup; il n'est pas soulagé par l'intervention. Il me fait appeler le 21 février; il accuse de vives douleurs dans la région de la dent enlevée, douleurs qui s'irradient de la joue gauche, derrière la mâchoire et dans la nuque; insomnie

complète depuis plusieurs nuits. La constriction des mâchoires est extrême et gêne l'exploration; il n'y a pas encore beaucoup de gonflement des parties molles extra-buccales; la mastication est impossible et le malade ne s'alimente difficilement qu'avec du liquide; il existe des accès de fièvre.

Je recherche l'état du nerf dentaire inférieur et je constate l'anesthésie de tout le territoire sur lequel il se distribue; il n'existe plus de sensibilité au toucher, au grattage, ni à la piqure des téguments cutanés innervés par le nerf mentonnier, ni de la muqueuse labiale inférieure, ni des gencives du côté gauche; la pression exercée sur les dents n'est pas sentie, dit le malade, comme sur le côté sain.

J'appelle l'attention du patient sur ces phénomènes d'insensibilité; il me répond qu'il les avait déjà constatés avant le 16 février, et qu'il s'en est aperçu pour la première fois en se gargarisant.

La bouche est mal entretenue; les dents sont couvertes de tartre; en raison de la constriction des mâchoires et de l'intensité des douleurs, je ne puis reconnaître l'état du maxillaire au niveau de la dent de sagesse; toutefois, je constate l'issue du pus provenant du foyer dentaire.

Les douleurs persistant toujours très vives et la tuméfaction augmentant, jusqu'à gagner les parties molles de la région massétérine en même temps que l'écoulement de pus se faisait plus abondant par la bouche, j'endors le malade le 1^{er} mars avec le concours du Docteur Gorski et je pratique une incision en arrière de la branche montante du maxillaire; un drain pénètre par cette ouverture, contourne l'os en arrière et vient plonger dans le foyer buccal; je constate en même temps que le maxillaire est dénudé en arrière, sur une assez grande surface et que, dans

l'angle de réception de la troisième grosse molaire, il présente une double crête rugueuse.

Cette intervention donne un bon résultat; les souffrances disparaissent presque entièrement, la fièvre cesse, l'écoulement du pus est facile, la tuméfaction diminue, l'appétit revient, le malade reprend des forces, peut se lever et, au bout de quelques jours, monter sur sa terrasse.

Toutefois une nouvelle poussée phlegmoneuse se produit le 18 mars et pour faciliter l'issue de la suppuration dans ce nouveau foyer, un deuxième drain est passé par l'ouverture rétromaxillaire jusque dans la bouche en longeant la face externe de la mâchoire.

Nouvelle amélioration. Malheureusement le 25 mars, un érysipèle infectieux de la face se développe brusquement et le malade succombe le 3 avril. L'autopsie n'a pu être faite.

L'anesthésie du dentaire inférieur s'étend à tous les rameaux que ce nerf fournit après son entrée dans le canal osseux; elle atteint les filets qui se rendent aux racines de toutes les dents, ceux qui se terminent dans la muqueuse gingivale, et enfin les rameaux terminaux qui se distribuent à la peau de la lèvre inférieure et du menton et à la muqueuse labiale.

On a pu voir dans les deux observations que j'ai révélées, que la perte de la sensibilité est totale.

Elle est probablement précoce dans tous les cas, parce que sa production doit coïncider avec les lésions osseuses qui amènent la destruction du cordon nerveux; cette manifestation hâtive est nette dans l'observation III, où je l'ai constatée douze jours après le développement du premier accident, mais le malade l'avait déjà notée le septième jour, avant même que l'on eut procédé à l'extirpation de la dent de sagesse; or, à ce moment comme du reste quelques jours plus tard, il semblait que la maladie fut simplement loca-

lisée dans cette dent, sans participation du maxillaire. Dès le premier jour, en décelant la plaque anesthésique, je pus affirmer la gravité des désordres du maxillaire et l'existence d'une nécrose profonde; c'est à une observation plus étendue à établir si cette précocité est, comme je le crois, le cas habituel.

Cette anesthésie a été définitive dans le cas que j'ai pu suivre (Observation II), elle dure après plusieurs années; le mécanisme qui préside à son origine laisse supposer qu'elle doit être persistante.

Dans l'ostéite suppurée des maxillaires, l'indication, urgente dès le début, est de donner issue au pus, de débrider largement les parties molles pour établir un drainage suffisant et faire des injections antiseptiques; en agissant ainsi, on évite des accidents de septicémie et en même temps, on limite l'étendue des désordres. L'infection se localise, tandis qu'en retardant l'ouverture des foyers de suppuration, on favorise l'invasion microbienne.

Tant que le diagnostic d'ostéite, pendant l'évolution anormale d'une dent de sagesse, n'est pas établi, le chirurgien hésite à opérer des débridements ailleurs que sur la muqueuse qui recouvre cette dent; il n'agit qu'au moment où la tuméfaction est considérable et où la suppuration s'est déjà collectée; intervenir plus tôt serait préférable et il ne faut pas hésiter à le faire, quand on a un signe positif de lésion profonde de l'os, comme l'anesthésie du dentaire inférieur.

Il est même permis de se demander, si l'existence de ce symptôme, notée dans les premiers jours de l'évolution du mal, ne devrait pas encourager l'opérateur à trépaner immédiatement le maxillaire inférieur dans le point d'élection qui correspond à l'implantation de la dent de sagesse; ce serait, peut-être, un moyen efficace de limiter l'étendue de la nécrose. »

B. — **Monoarthrite suivie de nécrose.**

OBSERVATION N° 4 (*Personnelle*).

Mono-arthrite de g⁶. Nécrose du maxillaire inférieur avec destruction du nerf dentaire inférieur.

Le 12 juillet : M. B. est atteint de douleurs dentaires très vives dans la région molaire inférieure gauche, douleurs apparues spontanément. Il va consulter un dentiste, qui pratique l'extraction de g⁷-g⁸.

Au cours de l'intervention, le praticien se rend compte que g⁸ était incluse.

A la suite de cette intervention, le malade est pris de douleurs atroces dans la région molaire gauche à irradiations vers la gorge, l'oreille et le front. En quelques heures apparaissent : Tuméfaction de la joue, fièvre à 40°, trismus serré empêchant son alimentation.

Le malade consulte à nouveau son dentiste, lequel fait 3 incisions qui donnent issue à du sang noir sans une goutte de pus, 2 jours plus tard, le pus apparaît aux orifices des incisions et cette fois-ci le dentiste conseille l'entrée à l'hôpital Broussais.

Le malade est admis dans le service du Docteur Basset, il reçoit 3 piqûres de Propidon, des lavages antiseptiques.

Une amélioration apparaît, il commence à s'alimenter, son état général est satisfaisant, le malade quitte l'hôpital 18 jours après.

15 août : Le malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on trouve :

— Une tuméfaction de la partie moyenne du maxillaire inférieur gauche.

— La peau est violacée à ce niveau, on craint une fistulisation.

Le signe de Vincent est très net. La radiographie

montre la vacuité des alvéoles de g⁷-g⁸ et un foyer d'ostéite dans la région de g⁶.

g⁶ est extraite le jour même. On prescrit des lavages et des injections antiseptiques, régulièrement faites jusqu'au 20 août.

20 août : On pratique au niveau de g⁶, un curettage très prudent, qui donne du tissu granulomateux. Les jours suivants, la tuméfaction augmente rapidement de volume; elle intéresse toute la région, depuis g⁶ jusque vers l'angle de la mâchoire. L'état général est mauvais. Signe de Vincent positif. On pratique deux incisions, une par voie interne, et l'autre par voie externe (drain), qui ne donnent que du sang noir.

Persistance du mauvais état général, de la tuméfaction, du signe de Vincent, du trismus. Le malade est obligé de rentrer à l'Hôtel-Dieu.

On pratique une incision de l'angle de la mâchoire inférieure gauche .

Injections et lavages antiseptiques jusqu'au :

31 août : Amélioration très nette; écoulement d'un pus abondant par l'incision buccale et par le drain.

Le volume de la tuméfaction se réduit.

Le signe de Vincent persiste; à l'examen, on perçoit un séquestre mobile.

La radiographie montre un séquestre dans la région de g⁶ à g⁸.

3 septembre : Ablation du séquestre, amélioration de l'état général, mais le signe de Vincent demeure positif.

9 septembre : Nouvelle poussée inflammatoire vers l'angle de la mâchoire, douleurs, tuméfaction, signe de Vincent +++.

On fait des incisions externes; lavages, injections. Amélioration nette.

20 septembre : Elimination presque spontanée d'un séquestre de 2 centimètres, sur 0 mm. 5.

8 octobre : Bon état général; légère tuméfaction de la région lombaire. Signe de Vincent. La peau et les muqueuses sont de couleur normale.

La plaie est propre, en voie de cicatrisation. Actuellement, la cicatrisation est complète. L'os est en pleine régénération, mais le signe de Vincent subsiste toujours.

OBSERVATION N° 5 (*Personnelle*).

Mono-arthrite de d^s; hyperesthésie du dentaire inférieur.

Mme D., âgée de 21 ans, vient consulter pour des douleurs vives siégeant du côté droit des maxillaires supérieur et inférieur, s'irradiant vers l'oreille et la région temporale.

Examen exo-buccal :

Gonflement léger de l'angle de la mâchoire à droite. La peau est de couleur normale. Hyperesthésie de la lèvre inférieure droite.

Examen endo-buccal :

Caries de D⁴-D⁵. La dent de sagesse inférieure droite présente une carie distale.

La percussion verticale sur cette dent provoque une douleur très vive, avec congestion de la face.

Les amygdales sont tuméfiées.

On pratique l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite. Un soulagement immédiat est accusé et en quelques jours la guérison est complète.

C. — **Ostéomyélite subaiguë.**

Le signe de Vincent (d'Alger) acquiert une très grande valeur séméiologique dans certaines variétés d'infections osseuses à évolution lente signalées jadis par Claude Martin et décrites plus récemment par le Professeur Lemaître, Ch. Ruppe et Lattès.

Le symptôme dominant est, là encore, la douleur. Pendant longtemps il existe une discordance remarquable entre l'intensité des douleurs, la modicité des signes locaux d'infection et l'absence de signes généraux.

Dans la majorité des cas cependant, l'anesthésie de la zone du mentonnier est très précoce, signant l'atteinte profonde de l'os. La constatation du signe de Vincent jointe aux renseignements radiologiques commande alors d'intervenir pour libérer le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION N° 6 (*Personnelle*).

Ostéomyélite subaiguë. Signe de Vincent positif.

15 Octobre.

Mme C... vient à la consultation pour une tuméfaction du maxillaire inférieur droit. A l'interrogatoire, nous apprenons qu'un mois plus tôt son dentiste pratiqua l'extraction de d^6 par suite d'une gangrène pulpaire. L'extraction fut difficile; six jours après cette intervention, la malade présenta des douleurs, un état subfébrile, et retourna chez le dentiste.

Celui-ci fit un curettage au niveau de d^6 et l'envoya au dispensaire, où la malade reçut des injections anti-septiques.

Le dentiste pratiqua un nouveau curettage et enleva un séquestre du bord alvéolaire. Mais la persistance des douleurs, d'un état subfébrile, décide la malade à consulter à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen on trouve:

Une tuméfaction de la région moyenne de la branche horizontale droite et de la région sous-maxillaire voisine.

Les téguments sont de couleur normale. Le signe de Vincent est très net.

Examen endo-buccal:

Tuméfaction comblant le vestibule droit dans la région de d^5 - d^6 . On observe une fistule au niveau de d^5 ; d^4 et d^5 sont mobiles.

Haleine fétide.

La radiographie:

L'alvéole de d^6 , déshabillée, est en état d'alvéolyse. Au-dessous, une zone d'ostéite s'étend vers le bas de la mandibule et du côté mésial jusqu'à la région canine. L'inégalité des densités osseuses donne l'aspect d'une ostéomyélite.

Au niveau des apex de d^4 - d^5 on voit un trait de fracture pathologique.

19 Octobre.

Bon état général, mobilité des segments; signe de Vincent positif (+++); l'anesthésie du côté droit est absolue à tel point qu'on peut faire l'extraction de d^4 - d^5 sans anesthésie.

B. W.: — — —.

Malgré le B. W. — + — on lui fait un traitement spécifique (sulfar); une deuxième prise de sang donne cette fois-ci: B. W. + — douteux.

Le 30 octobre.

Ablation de deux volumineux séquestres et curettage.

Actuellement la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le signe de Vincent persiste toujours.

D. — Ostéite hypertrophique.

OBSERVATION N° 7 (*Personnelle*).

Ostéite hypertrophique. Hyperesthésie. puis hypoesthésie du dentaire inférieur.

2 Septembre.

Mme M..., âgée de 35 ans, vient consulter pour une

tuméfaction du maxillaire inférieur gauche, apparue spontanément il y a quelque temps.

A l'examen:

Tuméfaction de la table externe au niveau de g^5 - g^6 .

Peau et muqueuses de couleur normale. Hyperesthésie de l'hémi-lèvre inférieure gauche.

B. W.: — — —.

La radiographie montre un foyer d'ostéite hypertrophique au niveau de g^5 - g^6 .

5 Septembre:

On pratique l'extraction de g^5 - g^6 .

6 Septembre:

On fait à ce niveau un curettage prudent et des lavages.

Les jours suivants la malade présente une hypoesthésie labiale du côté gauche.

14 Septembre:

Des injections de vaccin (Bruschettini), des lavages sont poursuivis jusqu'au 28 septembre.

28 Septembre:

La malade qui a reçu 5 injections, est guérie.

La tuméfaction a diminué de moitié.

La sensibilité labiale est redevenue normale des deux côtés.

12 Novembre:

Guérison complète. La tuméfaction a disparue.

A la radio: régénération osseuse.

II. APRÈS UN TRAUMATISME.

Le malade peut présenter une fracture simple du maxillaire inférieur, facile à examiner et à diagnostiquer.

Mais il peut s'agir dans les grands traumatismes faciaux, de fractures complexes. Dans ce cas, la recherche du signe de Vincent peut être utile pour faciliter le diagnostic.

Sitôt après l'accident — après un examen rapide du malade — le praticien se demandera : une intervention immédiate est-elle indiquée ? Éliminant les lésions viscérales qui peuvent évidemment dominer la scène et commander une intervention d'extrême urgence, du côté de la face, on s'attachera surtout aux signes d'hémorragie et aux signes d'asphyxie.

A ce premier stade déjà, la recherche du signe de Vincent est utile.

Lorsqu'il est positif, il indique à coup sûr une fracture du maxillaire et l'altération du nerf dentaire inférieur — section totale ou partielle de ce nerf. Quelques jours après l'accident, quand l'état de choc a disparu, le diagnostic de fracture est plus facile à poser, en se basant sur les signes cliniques classiques (articulé, trismus, tuméfaction). Or ces signes ne sont pas toujours perceptibles.

Si aucune déformation des arcades dentaires n'est visible — cas d'une fracture engrenée et sans déplacement — le signe révélateur de la fracture peut, dans certains cas, être le signe de Vincent.

Il nous semble utile, lorsqu'on se trouve en présence d'un maxillaire traumatisé, d'examiner systématiquement le territoire des nerfs mentonniers. Des troubles de la sensibilité de ce territoire indiquent que les nerfs ont été lésés, soit qu'il s'agisse d'une hyperesthésie du nerf dentaire inférieur (par élongation), soit qu'il s'agisse d'une anesthésie de ce nerf (par section complète ou partielle). Nous attachons donc une réelle importance au signe de Vincent dans le diagnostic des fractures du maxillaire inférieur. Les désordres nerveux provoqués par la fracture

apparaissent très précocement et peuvent subsister un temps assez long, selon l'importance des lésions.

OBSERVATION N° 8 (*Personnelle*).

Fracture double du maxillaire inférieur. Signe de Vincent positif.

Mme C... vient consulter pour une gêne fonctionnelle survenue seulement 8 jours après un accident, la malade en glissant est tombée sur le menton.

a) *Examen exobuccal :*

Déformation mentonnière.

La malade ouvre aisément la bouche.

Hypoesthésie de l'hémi-lèvre gauche.

Signe de Vincent très net à droite.

b) *Examen endobuccal :*

Décalage vertical d'un centimètre entre g^3 et g^4 ; le trait de fracture passe entre g^3 et g^4 .

Le fragment gauche est en position normale et retrouve son articulé.

Le fragment droit mobile, abaissé d'un centimètre, ne peut retrouver l'articulé malgré les tractions qu'on exerce sur le menton. Cette irréductibilité du segment droit fait penser à une fracture associée du condyle (car ce genre de fracture se produit souvent dans des chutes sur le menton). Mais l'examen de la malade nous révèle que le signe de Vincent est positif à droite.

Il s'agit donc d'une fracture plus bas située: soit à la base de la branche montante, soit à la partie postérieure de la branche horizontale.

La radiographie donne raison à l'interprétation du signe de Vincent et montre, en effet, en arrière de la dent de sagesse (d^8) un deuxième trait de fracture presque vertical et allant de la crête alvéolaire jusqu'à

l'angle de la mâchoire, sans déplacement des fragments.

III. NÉCROSE.

L'étude de la sensibilité du nerf dentaire est particulièrement intéressante dans les nécroses mandibulaires à marche lente. Le type nous est fourni par les observations d'ostéo-thorio-nécrose décrits récemment par MM. Ruppe, Lebourg et Guérin: « Ostéo-thorio-nécrose tardive des maxillaires ». (*Revue de Stomatologie*, 1935, Juillet.)

Le tableau est identique dans l'ostéo-radio-nécrose et dans certaines nécroses toxiques, notamment la nécrose phosphorée.

Ce sont des nécroses à évolution extrêmement lente, dont le début affecte deux types:

a) Dans un premier groupe de faits, on assiste à une mortification osseuse qui se développe à bas bruit.

Après un accident dentaire banal une avulsion est pratiquée, l'alvéole ne se cicatrise pas. Elle est le siège d'un bourgeonnement inflammatoire et bientôt apparaît du pus. Cette suppuration est peu abondante mais très fétide, et les lavages de l'alvéole sont sans effet sur elle.

A ce moment on constate une anesthésie labiale et gingivale du côté malade.

Après plusieurs semaines de cette évolution indolore, la muqueuse gingivale se résorbe et met à nu un os nécrosé.

b) Dans un second ordre de faits, la nécrose survient au niveau d'une partie de la crête alvéolaire nécrosée depuis longtemps. Sans cause bien nette une tuméfaction apparaît. Le signe de Vincent est positif.

Quelque temps après, la gencive s'ulcère, du pus s'écoule et l'os se dénude. C'est à ce moment que commence le tableau si particulier de la nécrose,

tableau terminal commun aux deux formes décrites précédemment. La gencive se détruit sur une étendue considérable. L'os nécrosé, de couleur grisâtre, est solidement adhérent dans la profondeur et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il s'élimine.

Aucune réparation spontanée n'est à espérer, et l'anesthésie labiale une fois constituée est définitive.

IV. OSTÉOSARCOMES.

Les ostéosarcomes, survenant chez des sujets jeunes, comportent des « signes explicites qui varient selon leur siège périphérique ou central » (Charles Ruppe). Les sarcomes périphériques donnent des tumeurs superficielles qui évoluent extrêmement vite et constituent les premiers symptômes constatés. Au contraire, dans les sarcomes profonds, des douleurs vives, continues, irradiant à l'oreille marquent le début du cancer. En même temps l'atteinte du nerf dentaire inférieur se traduit par une anesthésie de l'hémi-lèvre inférieure correspondante. Ce signe de Vincent ajouté aux douleurs accusées par le malade doit faire pratiquer une radiographie dont l'image est caractéristique dès le début de la tumeur.

Le signe de Vincent évite alors, à lui seul, de faire confondre l'ostéosarcome au début avec une manifestation dentaire banale, de faire pratiquer des extractions inutiles, et surtout de faire perdre un temps précieux à la thérapeutique. C'est l'intégrité du nerf dentaire inférieur qui nous a aidé à faire le diagnostic dans l'observation suivante.

OBSERVATION N° 9 (Personnelle).

Kyste multiloculaire ou épithélioma adamantin. Intégrité du nerf dentaire inférieur.

Mlle S... est envoyée à la consultation par son den-

tiste qui, après extraction des racines restantes de g^6 et g^7 , croit avoir laissé un kyste.

La malade a remarqué du côté gauche une tuméfaction apparue spontanément et sans douleurs, il y a environ trois à quatre mois.

A l'examen, on constate: une déformation légère de la face par une tuméfaction intéressant la région molaire inférieure gauche (g^6 - g^8), du volume d'un œuf de pigeon.

La tumeur est irrégulière, de consistance variable, tantôt dure et adhérente à l'os, tantôt rénitente.

Les téguments sont de couleur normale.

Signe de Vincent négatif.

Pas de douleurs.

Examen endobuccal:

Tuméfaction comblant le vestibule dans la région g^6 - g^7 , dure, faisant corps avec le maxillaire qui apparaît comme soufflé, g^8 incluse.

La radiographie montre une image géodique en bulles de savon assez régulières, occupant toute la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Ces désordres importants, joints à l'intégrité du nerf dentaire inférieur (signe de Vincent négatif), font porter le diagnostic d'épithélioma adamantin.

21 Octobre:

Curettage de la branche horizontale gauche de g^4 à g^8 . La résection de la table externe, très amincie, met en présence de nombreuses poches kystiques.

Pendant l'intervention, la malade n'accuse aucune sensibilité; le nerf est intact dans toute son étendue; on peut facilement suivre le trajet du nerf et ses rapports avec la table externe et les racines de la dent de sagesse.

Le nerf était seulement refoulé par la tumeur sans être atteint.

Mais le curettage, pour être complet, blesse le nerf dentaire dans la région *g^c*; les jours suivants, le signe de Vincent est positif. Actuellement (18 novembre), le signe de Vincent subsiste toujours.

V. KYSTE SUPPURÉ.

OBSERVATION N° 10 (*Personnelle*).

Kyste suppuré dans la région molaire droite inférieure. Hypoesthésie du dentaire inférieur.

Le 5 octobre 1938, Mme X..., âgée de 60 ans, vient consulter pour des douleurs siégeant sur la crête alvéolaire inférieure droite, douleurs datant de deux mois, discontinues, assez violentes et s'irradiant vers l'œil. En même temps, la malade crachait un peu de sang et de pus.

A l'examen : on ne voit aucune tuméfaction; on constate seulement une hypoesthésie nette de la lèvre inférieure du côté droit. Pas de trismus, pas de signes généraux. La malade est une édentée presque complète. En bas, elle n'a qu'une canine et une incisive latérale de chaque côté.

La crête alvéolaire a l'aspect normal, mais, à la palpation, on sent une tuméfaction à peine saillante, nettement fluctuante dans la région molaire inférieure droite.

La tuméfaction est à cheval sur la crête et on la sent aussi bien du côté lingual que du côté vestibulaire.

La radiographie montre une décalcification osseuse de forme arrondie, mal limitée, de la grosseur d'une pièce de un franc. Intervention: curettage du foyer qui montre une poche kystique.

Lavages antiseptiques, pendant deux semaines.

Amélioration nette. La malade ne souffre plus. L'hypoesthésie a beaucoup diminué.

VI. INFECTIONS PERIAMYGDALIENNES.

Il faut encore signaler la possibilité d'une perturbation de la sensibilité labiale dans certaines variétés anatomiques d'infection periamygdalienne.

Dans ces infections, dont le retentissement sur la chaîne ganglionnaire du cou et sur l'état général peut être très intense, où le trismus est toujours accusé, la confusion est possible au début avec un accident osseux. Or il n'est pas rare d'enregistrer en pareils cas une hyperesthésie de la zone du mentonnier. Cette hyperesthésie ne doit pas être regardée comme un premier stade d'altération nerveuse devant conduire à l'anesthésie, autrement dit comme un signe de début d'une ostéomyélite. L'atteinte du nerf maxillaire inférieur à son entrée dans le canal dentaire est d'autant plus accusée que l'infection est plus externe.

Elle est plus marquée dans l'abcès du pilier antérieur que dans l'abcès du pôle supérieur de l'amygdale.

Elle est encore plus intense dans l'infection de l'espace interptérygoïdien et semble avoir son maximum dans l'ostéite juxta-amygdalienne d'Escat où la confusion avec l'ostéomyélite est d'autant plus aisée qu'il s'agit alors d'un accident proprement osseux.

VII. C'EST UNE DÉCOUVERTE DE L'EXAMEN.

La constatation du signe de Vincent chez des malades se plaignant de troubles de la sensibilité subjective de l'hémi-lèvre inférieure (fourmillements, douleur, gêne) peut être révélatrice d'un tabès buccal, de la métastase rachidienne d'une néoplasie viscérale, d'une tumeur cérébrale ou cérébro-méningée, d'une méningite syphilitique.

Parfois cette anesthésie ou hypoesthésie, plus gênante que vraiment douloureuse, détermine le malade à consulter un spécialiste.

Le plus souvent, l'anesthésie du dentaire inférieur n'est révélée qu'incidemment à la faveur d'un examen méthodique de la sensibilité faciale.

a) *Tabès*. — Dans un article consacré à l'étude du tabès buccal, M. Lebourg montre l'importance de l'hypoesthésie ou de l'anesthésie qui ne manquent jamais à côté des autres signes du tabès buccal.

Cette hypoesthésie ou anesthésie (signe de Vincent) existerait même à quelque degré à la période ataxique de la maladie.

L'anesthésie à la douleur, première en date, se complète ultérieurement d'une anesthésie au tact.

Un malade de Baudet était incapable de tenir une cigarette entre les lèvres, il la laissait tomber faute de sentir sa présence.

Selon l'auteur, ces troubles sensitifs buccaux auraient « autant de constance sinon autant de valeur qu'un signe d'Argyll ou qu'une abolition de réflexes achilléens », pour le tabès et que la ponction lombaire et la recherche des altérations des divers nerfs craniens pour la méningite.

b) *Tumeurs rachidiennes*.

Le signe de Vincent constaté en dehors de toute cause locale susceptible de comprimer le nerf (tumeur locale, fêlure) doit faire penser à une lésion du système nerveux, et un examen général est à pratiquer.

MM. les Professeurs Henri Roger et Paillas ont rencontré le signe de Vincent surtout dans les cancers ostéophiles, dans les cancers du sein ou de la prostate.

Le signe de Vincent coïncidait, ou, plus souvent, précédait la constatation d'une métastase rachidienne.

Nous donnons ci-dessous le résumé des observations de MM. Roger et Paillas (1):

(1) Prof. Henri ROGER et PAILLAS: *Unité Médico-dentaire*, n° 2, février 1938.

Observation I. — Il s'agit d'une vieille femme présentant depuis un mois une paresthésie de la lèvre inférieure. Aucun autre symptôme, à part une métrite hémorragique sénile, sur l'origine de laquelle le gynécologue hésitait.

Plus tard, la terminaison par une pleurésie hémorragique en signa la nature. Et les auteurs de conclure : « Aujourd'hui le signe de Vincent nous aurait aiguillé plus rapidement vers la néoplasie ».

Observation II. — Le malade est un homme de 67 ans et vient consulter pour des algies diffusées siégeant aux épaules, aux bras, à la région dorsale et prédominant sur les cuisses.

Aucun signe objectif. A cause du teint anémique, on suspecte un néoplasme. A cause de la toux on pense à la bacillose pulmonaire. L'examen radiologique ne confirme aucune de ces hypothèses. Or, en explorant la sensibilité de la face, on constate une hypoesthésie nette du mentonnier, et les recherches sont dirigées du côté du néoplasme.

La numération globulaire révèle une anémie à 3.000.000. L'examen radiologique de la colonne lombaire montre une éburnation des corps vertébraux avec plages assez décalcifiées, aspect caractéristique des métastases rachidiennes, habituellement consécutives chez l'homme au cancer de la prostate.

Envoyé chez l'urologue qui l'a déjà examiné pour sa prostate il y a deux ans, le malade revient avec cette réponse :

« Si, il y a deux ans la prostate dure et ligneuse était à peine suspecte, il existe actuellement une tumeur nettement infiltrée du lobe droit. »

EVOLUTION DU SIGNE DE VINCENT.

Les causes des modifications sensitives de la lèvre inférieure telles que nous venons de les définir commandent non seulement de rechercher avec soin, mais encore de suivre le signe de Vincent dans son évolution. L'hypoesthésie et l'hyperesthésie sont la marque d'une atteinte légère du nerf dentaire inférieur.

Liés par exemple à une monoarthrite de prémolaire inférieure, ces phénomènes disparaissent habituellement en quelques heures, après suppression de la dent causale.

Parfois cette légère modification de la sensibilité, au lieu de s'atténuer s'exagère : c'est le prélude à une atteinte plus profonde du nerf. C'est ainsi que dans certaines nécroses extensives à évolution lente comme l'ostéo-radio-nécrose, on peut assister à des alternatives d'hypo ou d'hyperesthésie avant qu'apparaisse des semaines, voire des mois plus tard, l'anesthésie définitive.

De même l'hyperesthésie qui accompagne habituellement les ostéophlegmons des prémolaires inférieures peut se transformer brusquement, même après extraction de la dent infectée, en une anesthésie. L'ostéophlegmon a précédé alors l'apparition d'une ostéomyélite.

Il est encore très important de suivre l'évolution du signe de Vincent lorsque l'anesthésie est totale.

Dans les cas extrêmes, la destruction du nerf a été complète sur une grande étendue. On a pu même

assister à l'élimination d'une portion importante du nerf. L'anesthésie labiale peut être alors regardée comme définitive. Cependant, même dans ces cas extrêmes, la plage anesthésique n'est pas sans se modifier. On peut constater que sa surface se réduit lentement avec le temps. Il n'est pas exclu qu'elle puisse disparaître complètement.

En pratique, elle gêne peu les patients qui s'y habituent à la longue, bien que l'on puisse vérifier son existence des années après la guérison de la lésion osseuse responsable.

Parfois enfin le retour à la sensibilité normale est annoncé par une sensation très caractéristique, commune à toutes les régénérations nerveuses. Le malade perçoit un picotement continu, une sensation de prurit dans la région de la terminaison nerveuse.

Ici le prurit labial est identique à celui éprouvé par le malade après une injection anesthésique à l'épine de Spix. Cette sensation apparaît plusieurs semaines après la fin des phénomènes de nécrose mandibulaire. Elle dure souvent très longtemps. Elle doit être interprétée comme un signe favorable, bien qu'elle inquiète les malades; elle précède, dans la règle, de quelques semaines le retour définitif de la sensibilité normale. C'est là ce que l'on observe habituellement après section du nerf par fracture mandibulaire ou par l'extraction d'une dent de sagesse traversée par le nerf.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES.

Suivre l'évolution du signe de Vincent n'a pas seulement un intérêt pronostic, mais il a aussi une signification thérapeutique. Au début des accidents ostéomyélitiques il apporte un argument de plus à la nécessité d'obtenir un drainage profond de l'os, c'est-à-dire d'extraire rapidement la dent responsable des accidents, de pratiquer des incisions nécessaires et, au besoin, de faire une trépanation précoce de la table externe. — Ce sont là des indications évidentes commandées par bien d'autres considérations.

Au contraire, dans les ostéomyélites subaiguës et chroniques et dans certaines variétés de nécroses mandibulaires, la souffrance du nerf marquée par la douleur et le signe de Vincent est à peu près la seule indication sur laquelle se base le diagnostic opératoire. On conçoit aisément quelle est sa valeur, comment, traduisant exactement l'état d'activité ou de stabilité du mal, elle impose le débridement, la libération du nerf dont l'heureux effet a été bien mis en évidence dans les observations de MM. Ruppe et Lattès.

CONCLUSIONS.

1) Le signe de Vincent (d'Alger) consiste typiquement en une plage anesthésique de 6 à 8 millimètres, de grand diamètre, située sur la lèvre inférieure, environ à un centimètre du milieu de la lèvre et à un demi-centimètre de la commissure labiale.

Il faut y adjoindre l'hypo et l'hyperesthésie qu'on recherche par comparaison avec le côté sain, ainsi que les manifestations trophiques dans la zone du mentonnier.

2) Ce signe doit être systématiquement recherché dans toutes les affections situées sur le trajet du nerf, depuis son origine apparente jusqu'à son épanouissement mentonnier, principalement dans les affections mandibulaires.

3) On le trouve le plus marqué dans les lésions mandibulaires lorsque la destruction du nerf a été totale.

Mais aussi à un degré variable dans les affections suivantes: dans l'ostéomyélite, dans les fractures, dans les néoplasmes, dans certaines affections du système nerveux (tabès céphalique, tumeurs cérébrales et cérébro-méningées).

4) Son évolution est intéressante à suivre, elle comporte certaines indications thérapeutiques.

Vu: *Le Président de Thèse,*
P. CARNOT.

Vu: *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERETER et WORMS. — Ostéomyélite mandibulaire chronique à forme hyperostotante. *Revue de Stomatologie*, août 1927.
- BONNET, ROY et Monod. — Ostéomyélite du maxillaire. Rôle respectif de la carie dentaire et de l'évolution. *La Médecine*, octobre 1927.
- BROCA. — Ostéomyélite grave des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, 1936.
- LANCEILL. — Contribution à l'étude et au traitement de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. *Thèse de Montpellier*, 1930.
- CHOMPRET et DECHAUME. — Périapexite suppurée. Ostéopériostite, ostéophlegmon, ostéomyélite. *Revue de Stomatologie*, avril 1930.
- DECHAUME. — Contribution à l'étude des ostéites d'origine dentaire. Ostéites corticales des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, décembre 1935.
- GORNOUEC. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur (V^e Congrès de Stomatologie). *Revue de Stomatologie*, septembre 1927.
- HERPIN. — Evolution de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. *Thèse de Paris*, 1925.
- GORENSKY. — Quelques considérations sur la marche

des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure. *Thèse de Paris*, 1926.

MILLON (Mlle). — Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique. *Thèse de Paris*, 1922.

VINCENT (d'Alger). — Sur un signe précoce de certaines ostéites du maxillaire inférieur se terminant par la nécrose. *Revue Suisse d'Odontologie*, 1896.

CONSTANTIN ALQUIER. — Des nécroses du maxillaire inférieur. *Thèse de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon*, mai 1900.

DECHAUME. — Traitement des ostéites de maxillaires d'origine dentaire par le bactériophage. *Le Progrès Médical*, 13 septembre 1936.

FREY. — Contributions cliniques à l'inflammation purulente des os du maxillaire (Bruns Beitrag fur Clinische chirurgie, T. Cl. III, n° 22, août 1931, p. 300.)

LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite aiguë, 1873.

LENORMANT. — Ostéites de maxillaires inférieurs. *Précis de pathologie chirurgicale*, tome II.

L'HIRONDEL. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, janvier 1930.

ROUSSEAU-DECELLE. — A propos d'un cas d'ostéomyélite. *Revue de Stomato.*, février 1931.

SEBILEAU. — Phlegmon pérимандibulaire odontoplastique. *Presse Médicale*, 15 mars 1921.

TESTUT. — Anatomie humaine, 1836, tome I, p. 259.

SORREL. — Les divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'ostéomyélite aiguës. *La Semaine des Hôpitaux*, n° 1, Paris 1937.

DELUCQ (A). — Ostéomyélite du maxillaire inférieur.
Thèse de Paris, 1897.

CORNUDET. — Dent de sagesse. *Thèse de Paris*, 1886.

FERRIER. — Névralgie réflexe d'origine dentaire. *Thèse de Paris*, 1883-84.

OLIVIER. — *Annales d'anatomie pathologique*, A.E., 8^e Sup., 2274.

LEBOURG (L.). — Tabès buccal. *Paris-Médical*, 18 juillet 1936.

RUPPE. — Séméiologie des affections bucco-dentaires.

ROUSSEAU-DECELLE. — Pathologie buccale.

BENICHON (René). — Contribution à l'étude des névralgies faciales d'origine dentaire. *Thèse de Paris*, 1903.

BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, tome I, page 320.

BOISSON. — Etude clinique sur les troubles trophiques de la névralgie trifaciale. *Thèse de Paris*, 1876.

PREVOT (Henri). — Incident d'anesthésie locale. *Unité Médico-Dentaire*, n° 10, décembre 1937.

ROGER (Henri) et PAILLAS. — Le signe du mentonnier. *Unité Médico-Dentaire*, n° 2, février 1938.

FRANCHETTI. — Nécrose du maxillaire inférieur. *Revue Odontologique*, 1892.

HEYDERICH. — Dent de sagesse. *Thèse de Paris*, 1878.

LANNELONGUE et COMBY. — De l'ostéomyélite prolongée, 1879.

DUCHANGE. — Les fractures des mâchoires en pratique.

LEBOURG (L.) et BERCHER. — Examen clinique d'un blessé de la face. *La Science Médicale Pratique*, 15 avril 1936.

RUPPE, LEBOURG et GUERIN. — Ostéro-Thorio-nécrose tardive des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, juillet 1935.

OMBREDANNE. — Maladies des mâchoires. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1905.

